



Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas en Idaho

Permiso

Mi firma en este documento autoriza al proveedor del cuidado de salud que me está vacunando a mí hija o a mi hijo, que dé información acerca de esas vacunas al Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas (Idaho Immunization Reminder Information System o **IRIS**). Esta información será limitada a la identificación de la persona (como el nombre y la fecha de nacimiento), información sobre las vacunas (como las fechas en que fueron dadas y los tipos de vacunas) y sobre el lugar (como mi dirección correcta).

Para asegurarse de que se están administrando las vacunas correctas, mi registro de vacunas — o el de mi hijo — puede estar disponible a los proveedores del cuidado de la salud, a los proveedores del cuidado infantil o a las escuelas.

Mi consentimiento permite mi registro, o el de mi hijo, en el registro estatal de vacunas.

Tal vez me pidan información para que les ayude a asegurarse de que los registros están correctos y de que no serán confundidos con los de otra persona, tales como:

Apellido de soltera de mi madre
Sexo
Número de teléfono del Padre/Madre (guardián)
Otra información para determinar la elegibilidad de mi hijo para recibir vacunas gratis

Mi permiso también permitirá que los registros de las vacunas anteriores mías o de mi hijo sean transferidas al registro estatal.

Yo doy permiso para que registren mi nombre o el de mi hijo y para que transfieran mis registros de vacunas o los de mi hijo al Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas para asegurarse de que este registro de vacunas está disponible para mi uso, para el proveedor del cuidado de la salud mío o el de mi hijo, para los proveedores del cuidado infantil y para las escuelas. Comprendo de que tal vez me pidan información para que puedan mantener los registros correctos y que no sean confundidos con los de otra persona, como: el nombre de soltera de mi madre, número de teléfono, sexo y la elegibilidad de mi hijo para recibir vacunas gratis. Yo autorizo la inclusión de toda esta información en el IRIS.

Nombre de mi Hijo o Mi Nombre

Fecha de Nacimiento

Firma

Parentesco al Niño
(si aplica)

Fecha

Sistema de Información para el Recordatorio de las Vacunas en Idaho